

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N°

449

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 13 Juillet 1904, à 1 heure*

Par CH. COMTE

Né à Sus (Basses-Pyrénées), le 20 février 1869

LES

AUXILIAIRES MÉDICAUX

ET LES

DISTRICT-NURSES

*Président :* M. BRISSAUD, professeur.

*Juges :* MM. LANDOUZY, professeur.

WIDAL, BEZANÇON. agrégés.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 - Rue Racine - 15

1904

# UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

## Professeurs

|                                                                    | MM.            |
|--------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie.....                                                      | P. POIRIER.    |
| Physiologie.....                                                   | CH. RICHET.    |
| Physique médicale.....                                             | GABRIEL.       |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.       |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BLANCHARD.     |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.      |
| Pathologie médicale.....                                           | HUTINEL.       |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | BRISAUD        |
| Anatomie pathologique.....                                         | LANNELONGUE.   |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.        |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL. |
| Pharmacologie et matière médicale.....                             | RECLUS.        |
| Thérapeutique.....                                                 | POUCHET.       |
| Hygiène.....                                                       | GILBERT        |
| Médecine légale.....                                               | CHANTEMESSE.   |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | BROUARDEL.     |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | DEJERINE.      |
|                                                                    | N...           |
| Clinique médicale.....                                             | HAYEM.         |
|                                                                    | DIEULAFOY      |
|                                                                    | DEBOVE.        |
|                                                                    | LANDOUZY.      |
|                                                                    | GRANCHER.      |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | JOFFROY.       |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | GAUCHER.       |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..                 | RAYMOND        |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                     | TILLAUD.       |
| Clinique chirurgicale.....                                         | LE DENTU       |
|                                                                    | TERRIER.       |
|                                                                    | BERGER.        |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | DE LAPERRONNE. |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON.         |
| Clinique d'accouchement.....                                       | PINARD.        |
| Clinique gynécologique.....                                        | BUDIN.         |
| Clinique chirurgicale infantile.....                               | POZZI.         |
|                                                                    | KIRMISSON.     |

## Agrégés en exercice.

| MM.              | MM.                   | MM.        | MM.                 |
|------------------|-----------------------|------------|---------------------|
| ACHARD.          | DUPRÉ.                | LEGRY.     | RIEFFEL, Chef des   |
| AUVRAY.          | FAURE.                | LEGUEU.    | travaux anatomiques |
| BESANÇON.        | GILLES DE LA TOURETTE | LEPAGE.    | TEISSIER.           |
| BONNAIRE.        | GOSSET.               | MARION.    | THIERY.             |
| BROCA (Auguste). | GOUGET.               | MAUCLAIRE. | THIROLOIX.          |
| BROCA (André).   | GUIART.               | MERY.      | THOINOT.            |
| CHASSEVANT.      | HARTMANN.             | POTOCKI.   | VAQUEZ.             |
| CUNEO.           | JEANSELME.            | RÉMY.      | WALLICH.            |
| DEMELIN.         | LANGLOIS.             | RENON.     | WALTHER.            |
| DESGREZ.         | LAUNOIS.              | RICHAUD    | WIDAL.              |
|                  |                       |            | WURTZ.              |

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BRISSAUD

Professeur de Pathologie interne

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'honneur

## INTRODUCTION

---

Les questions d'assistance publique sont de plus en plus à l'ordre du jour parmi les préoccupations de notre temps, et le médecin, logiquement, s'y intéresse plus que tout autre.

C'est une de ces questions qui fera le sujet du présent travail, j'y examinerai les conditions que doivent remplir et le rôle que peuvent exercer les auxiliaires médicaux : j'entends par là les personnes qui soignent les malades sous la direction d'un médecin. Ces auxiliaires, je les considérerai plutôt dans l'assistance à domicile que dans l'assistance hospitalière. Ainsi limité, le sujet serait encore extrêmement vaste et je ne saurais prétendre à le traiter dans son ensemble ; je restreindrai mon étude à certains points particuliers.

Les circonstances ont fait que je me suis occupé personnellement de la question des auxiliaires médicaux en Tunisie, aux côtés de mon excellent ami le Docteur Brunswic-Le Bihan, médecin-directeur de

l'hôpital indigène de Tunis ; j'insisterai donc spécialement sur ce chapitre particulier. Mais auparavant, je passerai en revue la part qui a été faite aux choses de la médecine dans l'œuvre civilisatrice que la France s'est imposée partout où elle a fait pénétrer son influence ou planté son drapeau.

A la vérité, nulle part plus que dans les pays musulmans un assistant n'est indispensable au docteur. Il faut avoir habité ces pays pour savoir à quel point y sont méconnus les principes élémentaires de l'hygiène, à quel point l'art de soigner les malades y est ignoré. La médecine arabe, en dépit des traditions glorieuses que leur assigne l'histoire, se résume aujourd'hui dans des pratiques puériles et dangereuses.

En Tunisie la fiente de chameau joue un rôle important dans les pansements. L'obstétrique, d'autre part, comporte des manœuvres étranges. Un accouchement tarde-t-il à se parfaire, la matrone posera sur le ventre de la parturiente une planche sur laquelle un nègre athlétique viendra s'asseoir et peser de toute sa force. Heureuse l'accouchée récalcitrante à qui il aura suffi de boire l'eau dans laquelle son mari vient de laver le gros orteil de son pied droit !

Des traits de ce genre, tristement comiques, montrent assez quels immenses services la France peut rendre aux populations qu'elle protège et qu'elle prétend à civiliser, si elle réussit à répandre chez ces peuples des habitudes de saine hygiène et les notions les plus simples de médecine pratique.

Mais il ne faudrait pas croire que la question des

auxiliaires médicaux, intermédiaires entre le médecin et le malade, n'ait d'intérêt qu'aux colonies et dans les pays où les docteurs en médecine sont clairsemés. En France même, l'assistance du malade à domicile laisse fort à désirer, faute d'une organisation spéciale du service médical auxiliaire. Or, un service de ce genre pourrait être utilement institué chez nous, comme il l'a été en Angleterre.

J'indiquerai dans la dernière partie de ce travail le rôle que joue chez les Anglais la « District-Nurse », sorte d'infirmière régionale qui remplit chez les malades, à la ville et à la campagne, la fonction dont s'acquitte à l'hôpital l'infirmière ou la surveillante entre les malades et le médecin.

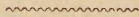
Tel est l'objet de ma thèse inaugurale ; mes maîtres le professeur Paul Reclus, qui m'initia à la médecine ; le professeur François-Franck, qui m'enseigna la physiologie expérimentale, ne s'étonneront pas outre mesure : leur enseignement de la clinique et du laboratoire auraient pu, à la vérité, m'inspirer d'autres thèmes, mais leur active bonté vis-à-vis des malheureux, leur haute conception des devoirs sociaux n'ont-elles pas contribué au choix que j'ai fait du sujet que voici ?

Combien je voudrais, ne fut-ce que pour leur faire honneur, l'avoir moins imparfaitement traité !

En commençant ce travail, je tiens à exprimer mes sentiments de bien sincère gratitude à ces deux maîtres les professeurs François-Franck et Paul Reclus, qui m'ont toujours donné les preuves de leur grande sollicitude, au professeur Brissaud, à qui j'ai tant de

motifs de garder une affectueuse reconnaissance et qui me fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

A mes amis et compagnons de laboratoire, les docteurs Hallion, Carrion et Moguilewsky que je dus quitter le jour où je me décidais à aller retrouver en Tunisie notre ami commun, le docteur Brunswic-Le Bihan pour l'aider dans sa tâche ardue de réorganisation de l'hôpital arabe et de création des auxiliaires médicaux. Que ne puis-je aussi remercier de sa grande bienveillance et de ses précieuses leçons le professeur Marey, dont j'ai eu l'honneur d'être le préparateur au Collège de France. La mort nous l'a ravi, et ce n'est pas sans une vive émotion que je salue la mémoire de ce cher et illustre maître, trop tôt disparu.



## CHAPITRE PREMIER

### L'INFLUENCE MÉDICALE FRANÇAISE EN ÉGYPTÉ.

#### L'ŒUVRE DE CLOT-BEY

Depuis plus d'un siècle, les Français ont entrepris chez les musulmans l'œuvre de diffusion des sciences médicales. L'un des premiers soins de Bonaparte en Egypte fut de constituer une commission pour étudier le plan d'un hôpital civil de 400 lits à construire au Caire. Les membres de cette commission étaient Desgenettes, Daure, Caffarelli, Berthollet, Monge et Larrey. Ils proposèrent, dans leur rapport, d'annexer à l'hôpital projeté une école de médecine pour former des auxiliaires médicaux indigènes auxquels on donnerait en français une instruction médicale pratique.

Le projet ne fut pas mis immédiatement à exécution et l'on se contenta tout d'abord de créer un hôpital civil au Caire dans le quartier d'Esbekied et un hôpital militaire à Kasr-el-Ainy.

L'idée première ne fut reprise que plus tard et c'est au docteur Clot que l'on doit la fondation de l'école

projetée. Son système d'organisation mérite d'être exposé en détail.

Lorsque le grand réformateur Méhémet Ali fit réorganiser l'armée égyptienne sous la direction d'officiers français, il fut décidé qu'on créerait un service de santé pour lutter contre les nombreuses épidémies de peste, de choléra et de variole qui décimaient la population.

Le docteur Clot arriva de France en 1825 et, avec le titre de Bey, fut chargé des fonctions de médecin en chef de la nouvelle armée et de directeur général du service de santé.

Il amenait avec lui 154 médecins et pharmaciens européens et il fonda près du camp militaire l'hôpital d'Abou-Zabel.

En 1827, Clot-Bey obtient l'autorisation d'annexer à cet hôpital une école de médecine destinée à former des aides médecins et pharmaciens indigènes nécessaires dans la nouvelle armée. L'organisation de cette école ne se réalisa pas sans peine ; comme directeur des services de santé, Clot-Bey avait beaucoup à faire, les épidémies de choléra ou de peste causant de grands ravages dans toute l'Egypte.

L'école fut créée à côté de l'hôpital d'Abou-Zabel. Les cours, rédigés avec soin en Français, étaient traduits dans les premiers temps en arabe ; on les dictait aux élèves en présence du professeur, qui donnait ensuite, avec l'aide d'un interprète, toutes les explications nécessaires. Chaque mois, les élèves subissaient un examen ; les mieux notés étaient nommés chefs de

groupe et servaient de moniteurs aux autres. On donnait en même temps à ces élèves des leçons de français de façon à leur apprendre à parler, à lire et à écrire correctement cette langue.

A la fin de l'année, un examen général avait lieu en grande pompe, en présence des plus hautes notabilités de la région et de tout le corps consulaire.

Les débuts de l'école furent assez pénibles ; cependant, en novembre 1832, c'est-à-dire cinq ans après la création de l'école, douze des meilleurs élèves égyptiens furent conduits à Paris et Clot-Bey put leur faire passer avec succès un examen devant quatorze médecins d'une autorité reconnue, dont Degenettes, Larrey, Dupuytren et Orfila.

L'installation de l'école à Abou Zabel était assez défectueuse et, en 1837, Clot-Bey obtint l'autorisation de la transférer à l'hôpital de Kasr-el-Ainy.

A cette époque la durée des études était de cinq ans, les élèves, âgés de vingt à vingt-cinq ans, formaient trois compagnies de cent, ils avaient un uniforme militaire et ils étaient nourris, habillés et logés aux frais du gouvernement. Ils recevaient comme argent de poche une dizaine de francs environ par mois et à la fin de leurs études ils étaient incorporés dans l'armée ou dans la marine.

Les professeurs étaient tous européens et ils étaient assistés par des aides indigènes. L'enseignement de l'anatomie ne se fit pas sans peine, les prêtres musulmans prétendaient que la dissection du corps humain était contraire aux principes de l'Islam ; Clot-Bey dut

se contenter tout d'abord de disséquer des chiens, et encore ne lui concédait on que les chiens de vile condition, chiens non de musulmans mais de juifs ou de chrétiens. Plus tard Clot-Bey eut l'autorisation de disséquer des cadavres de chrétiens ou d'esclaves du Soudan. Avec beaucoup d'énergie et de persévérance il parvint à vaincre toutes ces difficultés et plus tard des élèves emportaient chez eux des fragments de cadavres pour étudier à leur aise.

Ce fut en réalité une grande victoire, dans ce pays où l'on racontait qu'une mère avait coupé l'index de la main droite de son fils pour le mettre dans l'impossibilité d'écrire, ne voulant pas qu'il fut vêtu, logé, nourri et instruit dans cette école du Gouvernement.

A cette école de médecine et de pharmacie étaient annexées une section pour les vétérinaires et une école destinée à former des sages-femmes ; la plupart des élèves de cette dernière école étaient recrutées parmi les négresses et les femmes d'Abyssinie.

En 1849 l'école comprenait 125 élèves en médecine et 25 élèves en pharmacie ; la durée des études avait été portée à six ans. La réputation de l'école et de ses professeurs se répandait au loin et des malades venaient même de la Syrie et de l'Arabie pour consulter et se faire opérer. Clot-Bey avait la joie de constater que près de 20.000 livres de médecine étaient sortis des presses de Boulak depuis la création de ses écoles.

Non content d'instruire les élèves en médecine et de former des pharmaciens, des vétérinaires et des sages-

femmes, Clot-Bey eut l'idée, pour lutter contre la variole, de diffuser la vaccination en dressant les barbiers indigènes au métier de vaccinateurs. Grâce à 2.500 barbiers ainsi dressés il put enrayer dans une large mesure une mortalité effroyable, qui enlevait chaque année en Egypte plus de 60.000 enfants; il créa au Caire un grand centre vaccinogène où l'on vaccinait près de 15.000 enfants par an.

Le succès de Clot-Bey est d'autant plus digne d'admiration qu'à l'exception du grand réformateur qu'était Méhémet Ali, tout le monde en Egypte était opposé à cette création d'école médicale. Les Cheiks, les Ulémas, les officiers de l'armée et de la marine étaient tous d'accord pour affirmer qu'il était inutile d'essayer de transformer des Egyptiens en médecins.

Clot-Bey était lui-même un peu de cet avis; il avait jugé sans doute à leur juste valeur ses élèves, puisque malgré leurs demandes réitérées et malgré les six années d'études qu'il leur faisait faire, il ne voulut jamais leur décerner le titre de docteur. Les meilleurs élèves devaient être envoyés à Paris pour y suivre les cours de faculté et passer les examens comme les étudiants Français s'ils voulaient acquérir le diplôme convoité.

Après la mort de Méhémet Ali (1848), l'influence française fut supplantée par celle des Allemands. Abbas I<sup>er</sup> entravait toutes les entreprises françaises et Clot-Bey dut retourner en France. Il fut remplacé par le professeur Griesinger, de Kiel, auquel furent confiées les trois fonctions de directeur de l'hôpital et école de

Kasr-el-Ainy, de chef du service de santé et de médecin du vice-roi.

Griesinger fut vite fatigué de cette triple charge où il ne rencontra guère que des ennuis et des déboires. Les élèves de l'école étaient, d'après lui, sans éducation ni intelligence et ils ne paraissaient guère désireux de s'instruire. Les leçons étaient d'ailleurs mal traduites par un interprète ignorant, et avant l'arrivée de ce nouveau directeur les meilleurs élèves étaient incorporés dans l'armée.

Malgré tout l'intérêt que Griesinger trouvait dans l'étude des maladies de ce pays, il quitta l'Egypte au bout de deux ans (mai 1852) et il fut remplacé dans ses fonctions par ses deux aides, Bilharz et Alexander Reyer. Ensuite Abbas Pacha, mécontent des Allemands, voulut essayer de l'influence italienne : il fit appel aux professeurs Raggi et Ranzi, de Florence. Mais l'année suivante Saïd Pacha fit fermer l'école qui devenait une sorte d'agence délivrant de faux certificats de maladies ou de réforme.

Dès la nouvelle de la mort d'Abbas I<sup>er</sup>, Clot-Bey avait repris le chemin de l'Egypte et en 1856 Saïd Pacha lui fit réouvrir l'école de médecine en présence du Cheik-el-Islam, des Ulémas et de tout le corps consulaire.

En 1858 Clot-Bey dut, pour raisons de santé, rentrer définitivement en France, après avoir réorganisé l'école de médecine et l'école de sages-femmes. Après son départ, ces écoles ne furent plus dirigées que par des professeurs indigènes et en 1876 on comptait dix-

huit instructeurs, 195 élèves dont 175 devaient, à la fin de leurs études, entrer dans l'armée ou dans les services de santé ; les vingt autres étaient des bénévoles, qui, bien que ne payant aucun droit pour leurs études, et leur examens, avaient toute liberté ensuite d'exercer la médecine dans le pays.

Le recrutement de ces élèves ne paraît pas s'être fait dans de très bonnes conditions ; on ne consultait guère au préalable les goûts de ces jeunes gens, qui d'ailleurs s'en rapportaient à leurs maîtres sur le choix de leur carrière ; un quart de ces élèves suivait uniquement les cours de pharmacie. L'école de sages-femmes comprenait à cette époque une trentaine d'élèves qui apprenaient à lire, à écrire, à compter en même temps qu'on leur enseignait quelques éléments de médecine et d'obstétrique.

Au moment de l'épidémie de choléra de 1883, le service de santé fut reconnu tellement incompetent, qu'il dût être complètement remanié. En 1884 un nouveau service de santé fut créé de toutes pièces sous la direction du docteur anglais F. M. Sandwith.

Celui-ci dût reprendre en entier l'œuvre de Clot-Bey et en particulier la réorganisation des différents hôpitaux, qui étaient tous dans un état d'entretien des plus lamentables, celui de Kasr-el-Ainy comme les autres ; c'était au point que le peuple du Caire considérait l'hôpital comme un simple vestibule du cimetière et qu'à part les malheureux conduits dans ces lieux par la misère et la faim, rares étaient ceux qui s'y rendaient de leur plein gré.

Quant aux écoles, elles comptaient un bon nombre de professeurs indigènes, les uns chefs de service, les autres simplement chargés de cours. Quatre-vingt-dix élèves étaient censés y faire leurs études de médecine et une trentaine de femmes travaillaient pour obtenir leur brevet de sages-femmes.

L'œuvre de Clot-Bey fut reprise par le docteur Sandwith et, avec l'aide du docteur Milton, l'hôpital et l'école de Kasr-el-Ainy furent complètement réorganisés avec des docteurs, des professeurs et des infirmières d'Angleterre.

Depuis 1898, l'instruction médicale est donnée uniquement en anglais; on ne se sert plus que de livres de médecine écrits en anglais; une bibliothèque d'ouvrages anglais a été créée et le bibliothécaire fait aux élèves des cours de littérature anglaise.

On exige aujourd'hui le certificat d'instruction secondaire pour l'admission à l'école, les études ont été ramenées de six à quatre ans et, au lieu de payer les élèves qui ont le privilège de recevoir l'instruction médicale, on fait acquitter à la plupart des droits d'inscription. Le recrutement des élèves y a beaucoup gagné, les résultats à l'heure actuelle sont des plus satisfaisants et le niveau moral et intellectuel des élèves semble s'élever graduellement.

Ces réformes auraient été impossibles sans ce secours généreux et intelligent du Gouvernement égyptien et toutes les transformations successives des différents services n'ont pu être réalisées que grâce à la collaboration active et éclairée du secrétaire de

l'Instruction publique Si Yakoub Artin Pacha et du directeur général du service de santé le docteur F. M. Sandwith.

De tous les Européens venus en Egypte pendant la première moitié du xix<sup>e</sup> siècle, aucun n'a su aussi heureusement que Clot-Bey assurer la stabilité de ses œuvres. Là où il trouva le chaos, il sut créer des hôpitaux, des écoles de médecine, de pharmacie, de sages-femmes. Il organisa les services de santé de quarantaine et son plan était tel qu'après les années d'abandon où on l'avait laissé il a suffi de le reprendre et de le perfectionner en raison des progrès scientifiques pour voir renaître son œuvre en entier.

« La bonne graine semée par Clot-Bey a rapporté au centuple » mais ce n'est pas à la France, sa patrie, qu'est échue la moisson : l'action française à l'hôpital-école de Kars-el-Ainy a complètement disparu aujourd'hui pour faire place à l'influence anglaise.

L'histoire de l'organisation de l'école de médecine égyptienne méritait, pensons-nous, d'être rapportée avec quelques détails, car elle comporte pour nous d'utiles enseignements. Il est évident que le plan conçu par Clot-Bey était excellent dans son ensemble, puisque, en dépit des critiques violentes dont il avait d'abord été l'objet, il a pleinement réussi.

L'expérience a prouvé, d'autre part, que l'école créée par Clot-Bey contribua puissamment à assurer et à entretenir l'influence française en Egypte ; de même qu'aujourd'hui, sous une direction anglaise, elle développe et fortifie l'influence anglaise.

Il est clair dès lors que nous pouvons et devons nous inspirer de cet exemple pour établir dans nos colonies et dans nos sphères d'influence des institutions de même ordre également utiles aux indigènes, dont elle allège la misère et à la France elle-même dont elle assure le prestige et l'autorité.

### **L'influence médicale française en pays turcs.**

Grâce à la suprématie en Orient de l'influence française au début du xix<sup>e</sup> siècle, des docteurs français furent chargés de diriger les écoles civiles et militaires de médecine qui furent fondées à Constantinople.

Ces écoles étant destinées à créer des docteurs, leur histoire et leur organisation sortent de notre cadre, il est à noter cependant que dans ces écoles, comme en Égypte, l'enseignement en français a disparu et qu'aujourd'hui tous les cours se font en turc. Depuis 1895 s'est élevée sur la rive asiatique du Bosphore une véritable université turque où la médecine tient une grande place à côté d'un hôpital de 900 lits ; et au dire des Turcs « ce sera désormais à Constantinople que les jeunes gens désireux d'apprendre vite et bien se rendront de tous les points de l'Europe. Ils seront sûrs d'y trouver de bons professeurs et un excellent accueil. »

En Syrie, autre pays musulman, la France a beaucoup contribué au développement de l'assistance médicale indigène et a su exercer ainsi dans ces régions son influence utile. Les œuvres relevant de la médecine sont l'Ecole de Beyrouth, créée et dirigée par des religieux catholiques, et les hôpitaux de Jérusalem et de Jaffa, dus à l'initiative privée de deux français généreux.

L'influence de la France en Syrie a été de tous temps fort importante, cependant, au point de vue médical, l'école catholique de Beyrouth se trouve en concurrence avec une école protestante américaine autrement ancienne et riche, et sans doute plus importante étant donné le nombre de ses élèves et les débouchés qu'elle leur offre. Si, au point de vue du développement de l'influence française par l'assistance médicale, l'école de Beyrouth nous intéresse, son histoire et son organisation s'écartent de notre sujet, car cette école forme non pas des auxiliaires médicaux, mais des docteurs ayant un diplôme équivalent au diplôme de docteur de France.

De même, à Jérusalem, la France n'est pas seule, d'autres nations y sont venues : les Russes, les Allemands, les Anglais, les Américains et les Italiens ont successivement créé des hôpitaux et des œuvres de bienfaisance à côté de l'hôpital de Saint-Louis. Toutes ces nations travaillent sans relâche à l'œuvre de charité ; toute place que nous perdons est occupée par un rival. Emulation de charité, soi-disant, mais, en réalité, rivalité politique. Les Allemands, les Anglais, les

Américains ont des œuvres hospitalières considérables qui s'accroissent sans cesse et il est à craindre que notre influence en Orient, qui est surtout d'ordre moral, ne subsistera qu'autant que la supériorité des œuvres françaises éclatera à tous les yeux.

Au surplus il semble bien que la fondation de véritables facultés de médecine dans ces contrées ne soit pas d'une utilité très évidente. D'après des renseignements que je tiens d'une personne à qui la question est particulièrement familière, la libéralité avec laquelle les universités de là-bas favorisent l'accès de l'enseignement supérieur à des indigènes peu fortunés fait croître le nombre des docteurs dans une mesure irrationnelle.

Une foule de jeunes gens chez lesquels l'éducation et l'instruction européenne ont développé des goûts de bien-être et des instincts de vanité, se trouvent, après avoir conquis des parchemins honorifiques, hors d'état de satisfaire leurs appétits excessifs et même leurs légitimes besoins. Docteurs sans honoraires, sinon sans clientèle, ils deviennent trop souvent, paraît-il, des déclassés. S'il en est ainsi, ne vaudrait-il pas mieux créer en plus grand nombre et à moindres frais des auxiliaires médicaux plus humbles ?



## CHAPITRE II

### LES AUXILIAIRES MÉDICAUX INDIGÈNES DANS QUELQUES COLONIES FRANÇAISES

Dans les colonies anciennes comme la Réunion et la Guadeloupe en dehors des écoles destinées aux natifs d'origine européenne où l'on formait des officiers de santé, ce n'est qu'à Pondichéry que l'on trouve une école destinée à créer des médecins indigènes. Cette création ne paraît pas avoir été des plus heureuses et à part quelques rares exceptions, ni au point de vue médical ni au point de vue de la pénétration de l'influence française, ces médecins indigènes ne paraissent en état de rendre les services que l'on espérait. Ils n'arrivent à acquérir qu'une instruction toute superficielle et leur suffisance les perd.

Dans les colonies plus nouvelles comme Madagascar et le Tonkin, dont l'organisation générale a été largement confiée à l'initiative des gouverneurs, nous voyons la question de l'assistance médicale indigène occuper une grande place et jouer même un grand

rôle comme moyen de pacification et de civilisation.

L'œuvre la plus vaste et la plus largement exécutée dans cet ordre d'idée est celle du général Galiéni à Madagascar. Dans deux rapports rédigés et lus par le docteur Kermorgant à l'Académie de médecine, se trouve exposés en détail l'organisation et le fonctionnement de ce système d'assistance médicale.

L'école de médecine de Tananarive forme des officiers de santé qui sortent de cette école munis d'un brevet de médecin de colonisation ; ce sont des fonctionnaires appointés, touchant de 1.200 à 2.500 francs de traitement par an ; ils sont assimilés comme uniforme et comme rang aux sous-gouverneurs. Ces indigènes exercent dans des régions déterminées, sous le contrôle des médecins du corps de santé des colonies, qui prennent par suite le titre de médecins-inspecteurs.

Ces élèves subissent, avant d'entrer à l'école, un examen portant plus spécialement sur les sciences naturelles ; la durée des études est de cinq ans, les cours et les examens sont gratuits et l'examen final leur donne un diplôme de docteur en médecine au titre de Madagascar.

Une école de sages-femmes a été créée pour constituer de même un corps de sages-femmes de colonisation ; nommées après un concours, elles devront donner des soins gratuits à toutes les mères indigentes. Elles devront ainsi faire pénétrer les notions d'hygiène dans la population féminine, signaler la syphilis chez les femmes, surveiller le traitement prescrit et diffuser la notion de l'utilité de la vaccination.

Ces indigènes, hommes et femmes, sont de précieux auxiliaires médicaux et rendent journellement de très grands services dans les formations sanitaires comme médecins d'avant-garde et comme vaccinateurs.

On peut se demander cependant quelle situation un docteur civil français pourrait se créer dans l'île de Madagascar, à côté de tous ces docteurs indigènes. Toutefois, étant donné la nature du climat, peu de docteurs français auraient l'idée d'aller s'installer dans ces régions inhospitalières, et la critique perd, de ce fait, une grande partie de sa valeur. Cette organisation a peut-être le mérite de fermer d'une façon absolue ces pays malsains et meurtriers aux jeunes docteurs entrepreneurs qui seraient tentés d'aller chercher dans cette île un champ libre pour l'exercice de leur profession.

Au Tonkin, nous assistons à l'éclosion d'une organisation presque identique et les programmes des cours de l'école de médecine de Hanoï prouveraient que là aussi l'on cherche à créer dans la région une classe de médecins indigènes analogue à celle des médecins de colonisation de Madagascar.

En Indo-Chine, à Saïgon, s'est créée l'année dernière une école médicale d'un autre genre, d'allure plus modeste et très probablement d'une utilité tout aussi considérable. Au lieu de chercher à former des médecins de colonisation et de transformer sur place des indigènes en docteurs, on se propose de donner à un certain nombre de jeunes indigènes intelligents une légère instruction scientifique et une forte instruction pratique, de façon à en faire de bons infirmiers. Comme dans ces pays là

variole fait de grands ravages, leur principal rôle sera de diffuser la vaccine ; aussi leur a-t-on donné le nom d'infirmiers vaccineurs. Nous retrouvons ici l'idée de Clot-Bey avec ses barbiers vaccineurs dont l'intervention a été si efficace en Egypte dans la lutte contre la variole.

Cette école est destinée, en somme, à faire en quelque sorte des brevetés de santé, agents pour la diffusion des notions élémentaires d'hygiène, excellents auxiliaires pour les médecins français, propres à servir non seulement d'interprètes et d'assistants, mais aussi d'intermédiaires auprès des indigènes, auxquels ils peuvent facilement exposer le rôle bienfaisant et charitable du docteur. En effet, dans leur école et à l'hôpital, ils auront vu et compris l'utilité et l'efficacité de la médecine européenne et des interventions chirurgicales.

L'organisation de l'école des infirmiers vaccineurs et de l'école annexe de sages-femmes se trouve exposée en détail dans le décret ci-joint qui pourrait servir de modèle pour toute organisation analogue, quoique l'on puisse émettre peut-être à son sujet quelques critiques. L'enseignement théorique aurait peut-être une tendance à être développé plus qu'il n'est utile. La gratuité de l'enseignement sans aucun engagement ultérieur de la part de l'infirmier pourrait être envers ces indigènes une libéralité non justifiée, nuisible même au recrutement des élèves de l'école : la gratuité des services de l'infirmier en fonctions permet beaucoup d'abus ; il devrait avoir le droit, pour ses inter-

ventions, à une rétribution déterminée par des tarifs bien définis. Enfin, aucune mesure ne semble être prise par le service de santé de la colonie pour bien tenir en main, par une réglementation sévère, cet infirmier vaccinateur qui, comme tout indigène doit avoir besoin d'être soumis à une surveillance constante et dont les fonctions devraient être définies avec beaucoup de détail.

## DÉCRET

LE GOUVERNEUR GÉNÉRAL DE L'INDO CHINE,  
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,

Vu le décret du 21 avril 1891 ;

Considérant qu'il importe de prendre des mesures pour enrayer la mortalité, si considérable, surtout chez les enfants en bas-âge ;

Considérant que la plupart des décès chez les nouveau-nés sont causés par les accidents tétaniques ou par la variole ;

Attendu que par l'usage de la vaccine et par l'observation des règles d'hygiène et d'asepsie, il est possible de diminuer la mortalité ;

Vu le procès-verbal de la commission instituée par arrêté du Lieutenant-Gouverneur du 27 avril 1903 ;

Sur la proposition du Lieutenant-Gouverneur en conseil privé et l'avis conforme du Directeur du service de santé de l'Indo-Chine,

ARRÊTE :

TITRE PRÉLIMINAIRE .

ARTICLE PREMIER. — Il est créé, en Cochinchine, une « Ecole pratique de médecine indigène », destinée à former des infirmiers indigènes et des Ha-Mu (accoucheuses).

ART. 2. — L'Ecole fonctionnera sous la surveillance du Chef du Service de Santé de la Cochinchine.

ART. 3. — Elle comprendra deux sections : 1<sup>o</sup> une section de médecine proprement dite ; 2<sup>o</sup> une section d'accouchement.

TITRE I

*Section de médecine.*

ART. 4. — La section de médecine a son siège à l'hôpital de Choquan ; elle a pour Directeur le Médecin Directeur de l'hôpital de Choquan.

ART. 5. — Le régime de l'Ecole est l'externat.

CHAPITRE PREMIER. — *Recrutement*

ART. — 6. — Pourront être admis à l'école tous individus nés en Indo-Chine, les Européens exceptés, sachant lire et écrire le Quôc-Ngu, sachant parler français, âgés de plus de vingt ans et de moins de trente ans.

ART. 7. — Ils seront choisis dans chaque arrondissement

par l'administrateur, chef de province, qui enverra à l'Ecole un nombre d'élèves proportionné aux besoins de la province, sans toutefois que ce nombre puisse être supérieur à deux par an.

ART. 8. — Tous les élèves seront boursiers : leur entretien incombera à l'arrondissement auquel ils appartiendront.

## CHAPITRE II. — *Durée des études.*

ART. 9. — La durée des études est fixée à 18 mois. Les élèves feront, à l'hôpital de Choquan, trois stages de six mois séparés par des périodes d'égale durée passées dans les provinces.

ART. 10. — Il y aura deux promotions par an : l'une entrera le 1<sup>er</sup> janvier, l'autre, le 1<sup>er</sup> juillet ; le nombre maximum des élèves est fixé à 25 par promotion.

ART. 11. — Après chaque stage à l'hôpital, les élèves auront à subir un examen probatoire. Les élèves qui le passeront avec succès recevront un diplôme provisoire. ceux qui n'auront pu y satisfaire, cesseront de faire partie de l'Ecole.

ART. 12. — A la fin de la troisième période, les élèves subiront un examen définitif : ceux qui l'auront passé avec succès recevront un brevet d'« infirmier vaccinateur ».

ART. 13. — Les examens de sortie seront passés devant une commission nommée par le Lieutenant-Gouverneur et comprenant :

Le Chef du service de Santé, Président ;

Mme la Directrice de la section d'accouchement, Membre ;

M. le Directeur de la section de médecine, Membre ;

Le Médecin du service local, Membre ;

Un Administrateur des services civils, Membre secrétaire ;

ART. 14. — Les élèves ajournés pourront demander à faire un quatrième stage à l'hôpital ; il sera statué sur ces demandes par le Lieutenant-Gouverneur sur la proposition du Chef du Service de santé de la colonie, après avis du Directeur de la section et du Chef de la province à laquelle appartient le boursier.

### CHAPITRE III. — *Programme des études.*

ART. 15. — Les élèves suivront deux séries de cours : des cours théoriques et des cours pratiques.

ART. 16. — Les cours théoriques comprendront : des notions générales de séméiotique et de pathologie. Notions générales sur l'anatomie du corps humain. Paludisme, maladies épidémiques et contagieuses, et en particulier : choléra, peste, variole, bérubéri, rougeole, etc..... Maladies vénériennes : blennorrhagie, orchite, syphilis, etc..... Maladies de la peau : lèpre, gale, herpès. Secours aux noyés. Insolation. Empoisonnements, Généralités sur les plaies. (Hémorrhagie). Fractures, entorses, brûlures, affections des yeux. Petite chirurgie (notions d'asepsie et d'antisepsie). Principes d'hygiène (précautions contre les épidémies).

ART. 17. — Cours pratiques. Technique de la vaccine. pansements, bandages. Notions de pharmacie, de posologie.

ART. 18. — Les cours théoriques seront faits par le Directeur de l'hôpital de Choquan, assisté d'un médecin nommé

par le Lieutenant-Gouverneur, sur la proposition du Chef du Service de santé.

ART. 19. — Les cours pratiques seront faits par l'infirmier chef et le pharmacien indigène de l'hôpital de Choquan sous la surveillance du Médecin Directeur.

ART. 20. — Les élèves assureront, concurremment avec les infirmiers, le service de garde à l'hôpital de Choquan.

#### CHAPITRE IV. — *Attributions des infirmiers vaccinateurs.*

ART. 21. — Les infirmiers diplômés seront mis à la disposition du Chef de la province à laquelle ils appartiennent.

Ils seront employés par l'administrateur au mieux de l'intérêt général. Ils seront spécialement chargés des fonctions d'infirmier du poste ; ils veilleront à l'entretien de la pharmacie et à la distribution des médicaments, sous la surveillance de l'Administrateur ou du médecin du poste.

ART. 22. — Ils feront périodiquement des tournées de vaccine. En temps d'épidémie, ils s'assureront, par de fréquentes tournées, que les règlements sanitaires sont observés ; ils donneront les premiers soins aux malades.

ART. 23. — Les élèves toucheront une indemnité mensuelle de 12 piastres pendant les deux premiers stages à l'hôpital et les deux premiers séjours dans la province. Cette indemnité sera portée à 13 piastres pour les élèves de troisième année.

ART. 24. — Les élèves brevetés seront nommés « infirmiers vaccinateurs » auxiliaires à la solde mensuelle de 15 piastres.

ART. 25. — Le cadre des infirmiers vaccinateurs comprendra :

1° Des infirmiers vaccinateurs auxiliaires de 2<sup>e</sup> classe, solde mensuelle 15 piastres ;

2° Des infirmiers vaccinateurs auxiliaires de 1<sup>re</sup> classe, solde mensuelle 18 piastres ;

3° Des infirmiers vaccinateurs titulaires de 2<sup>e</sup> classe, solde mensuelle 20 piastres ;

4° Des infirmiers vaccinateurs titulaires de 1<sup>re</sup> classe, solde mensuelle 22 piastres ;

5° Des infirmiers vaccinateurs principaux de 2<sup>e</sup> classe solde mensuelle 25 piastres ;

6° Des infirmiers vaccinateurs principaux de 1<sup>re</sup> classe, solde mensuelle 30 piastres.

ART. 26. — Aucun agent ne pourra être promu au grade supérieur s'il n'a deux ans de service dans le grade inférieur.

ART. 27. — L'avancement aura lieu au choix ; les nominations et promotions seront faites par l'Administrateur, Chef de province.

ART. 28. — Les villages pourront obtenir la création de poste d'infirmiers, à charge par eux de rembourser la solde de l'infirmier au budget régional. Si les ressources d'un village étaient insuffisantes, deux ou plusieurs villages pourront se réunir pour assurer la solde de l'infirmier vaccinateur qui devra gratuitement ses soins aux habitants des villages intéressés.

## TITRE II

### *Section d'accouchement.*

ART. 29. — L'Ecole des infirmières accoucheuses aura son

siège à la maternité de Cholon. Elle a pour directrice la sage-femme de la maternité de Cholon.

ART. 30. — Le régime de l'Ecole sera l'internat.

## CHAPITRE PREMIER. — *Recrutement.*

ART. 31. — Les élèves accoucheuses seront choisies par les soins des administrateurs, Chef de province ; elles devront autant que possible comprendre le français.

ART. 32. — Le prix de la pension des élèves sera fixé après entente entre le Gouvernement local et le Conseil d'administration de la maternité ; il sera supporté par les provinces intéressées.

ART. 33. — Toutes les élèves seront boursières ; une indemnité mensuelle de 5 piastres leur sera allouée sur les fonds des budgets provinciaux, pendant la durée de leur séjour à l'Ecole.

## CHAPITRE II. — *Durée des études.*

ART. 34. — La durée des études est fixée à 6 mois (période unique).

ART. 35. — Il y aura deux promotions par an : l'une entrera le 1<sup>er</sup> janvier, l'autre le 1<sup>er</sup> juillet, le nombre maximum des élèves est fixé à 12 par promotion.

ART. 36. — A la fin de leurs études, les élèves subiront un examen devant la commission prévue à l'article 13 du présent

arrêté. Celles qui l'auront passé avec succès recevront un diplôme d' « infirmière accoucheuse ».

ART. 37. — Les élèves qui se seraient signalées par leur bonne conduite et leurs progrès pourront être autorisées à accomplir une deuxième période de 6 mois à l'hôpital. La décision sera prise par le Lieutenant-Gouverneur sur la proposition de la Directrice de la section, après avis conforme du Chef de la province intéressée.

### CHAPITRE III. — *Programme des études.*

ART. 38. — Les cours, surtout pratiques, auront lieu, autant que possible au lit des parturientes ; ils seront faits par la sage-femme de la maternité de Cholon.

ART. 39. — Des notions théoriques sommaires leur seront également enseignées : elles seront condensées dans le Manuel du docteur Angier. Elles comprendront un exposé sommaire des différentes phases de l'accouchement normal en même temps que l'indication des symptômes qui permettent de voir les complications.

ART. 40. — Dans les cours pratiques, il conviendra surtout d'insister sur la section et le pansement du cordon, et sur les conditions de propreté, d'hygiène et d'asepsie nécessaires pour assurer la réussite de l'opération. Il conviendra aussi de mettre les élèves en garde contre le danger que peuvent présenter certaines pratiques superstitieuses (et particulièrement l'usage du feu).

ART. 41. — Les élèves assureront concurremment avec les infirmières le service de garde à la maternité de Cholon.

#### CHAPITRE IV. — *Attributions.*

ART. 42. — Les infirmières diplômées seront mises à la disposition du Chef de la province à laquelle elles appartiennent.

ART. 43. — Elles seront employées par l'Administrateur au mieux de l'intérêt général; elles devront donner leurs soins gratuitement.

ART. 44. — Il pourra être créé dans les villages des postes d'infirmières-accoucheuses, dans les conditions prévues à l'article 28 du présent arrêté pour les infirmiers vaccinateurs.

ART. 45. — Les élèves brevetées seront nommées « infirmières accoucheuses » auxiliaires à la solde mensuelle de 10 piastres.

ART. 46. — Le cadre des infirmières accoucheuses comprendra :

1<sup>o</sup> Des infirmières accoucheuses auxiliaires de 2<sup>e</sup> classe, solde mensuelle 10 piastres ;

2<sup>o</sup> Des infirmières accoucheuses auxiliaires de 1<sup>re</sup> classe, solde mensuelle 12 piastres ;

3<sup>o</sup> Des infirmières accoucheuses titulaires de 2<sup>e</sup> classe, solde mensuelle 14 piastres.

4<sup>o</sup> Des infirmières accoucheuses titulaires de 1<sup>re</sup> classe, solde mensuelle 16 piastres.

5<sup>o</sup> Des infirmières accoucheuses principales de 2<sup>e</sup> classe, solde mensuelle 18 piastres ;

6<sup>o</sup> Des infirmières accoucheuses principales de 1<sup>re</sup> classe, solde mensuelle 20 piastres.

ART. 47. — Pour pouvoir être promue au grade supérieur,

toute infirmière devra justifier de trois ans de services effectifs dans le grade inférieur.

ART. 48. — L'avancement aura lieu au choix ; les nominations et promotions seront faites par l'Administrateur, Chef de province.

## DISPOSITIONS GÉNÉRALES

ART. 49. — Pourra être exclu de l'Ecole, par décision du Lieutenant-Gouverneur, tout élève dont la conduite, l'application et l'assiduité laisseraient gravement à désirer.

ART. 50. — Un arrêté ultérieur fixera les peines disciplinaires qui pourront être infligées aux infirmiers et infirmières diplômés.

ART. 51. — Le Lieutenant-Gouverneur de la Cochinchine et le Chef du Service de Santé de la Cochinchine, du Cambodge et du Laos sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Saïgon, le 25 août 1903.

Signé : BEAU.

Par le Gouverneur Général :

*Le Lieutenant-Gouverneur,*

Signé : RODIER.

Pour le Directeur du Service de Santé de l'Indo-Chine,  
et par délégation spéciale,

*Le Chef du Service de Santé de la Cochinchine,*

Signé : D<sup>r</sup> HENAFF.

La création des médecins indigènes, telle qu'elle a été comprise à l'origine, à Madagascar spécialement, ne paraît pas avoir rendu les services que l'on croyait pouvoir espérer; aussi, à la date du 9 mars 1904, trouvons-nous un décret rendu par le gouvernement français qui tend à réglementer d'une façon très stricte l'exercice de la médecine par les indigènes.

Tout en approuvant l'initiative prise par le général Galiéni à Madagascar et les résultats obtenus par la création de l'école de médecine indigène à Tananarive, le gouvernement a reconnu la nécessité, dans l'intérêt même de la colonie, de soumettre au plus tôt à une réglementation précise l'exercice de la médecine indigène et celui de la profession de sage-femme, appelés l'un et l'autre à prendre une extension de plus en plus grande.

Les indigènes passant par l'école de Tananarive auront dorénavant le titre de Praticien, ils devront, avant de se fixer dans une localité ou de changer de résidence, obtenir de l'administration l'autorisation nécessaire. Cette autorisation est révocable.

S'ils résident dans une localité dépourvue de pharmacien, ils peuvent avoir un approvisionnement de médicaments dont la nomenclature est fixée par le conseil de santé de la colonie.

Ces praticiens indigènes sont placés sous la surveillance et le contrôle du directeur du service de santé de la colonie et des docteurs en médecine délégués par lui à cet effet. Ils sont tenus de déférer à toutes les

réquisitions de l'autorité administrative et de se conformer à la législation en vigueur, sur la déclaration des maladies épidémiques ou contagieuses et sur la protection de la santé publique.

Toute usurpation du titre de praticien indigène retombe sous le coup de la loi du 30 novembre 1892, de même sont punis les praticiens, même porteurs de leur certificat d'aptitude, qui exerceraient sans autorisation administrative personnelle en dehors de la localité pour laquelle ils ont reçu l'autorisation.

La suspension temporaire ou l'interdiction absolue de l'exercice de la médecine en ce qui concerne les praticiens indigènes peut être prononcée par le gouvernement général sur la proposition du directeur du service de santé pour manquements professionnels, par mesure administrative. Comme dispositions transitoires, les praticiens indigènes pourvus de diplômes délivrés sous le gouvernement malgache et ceux ayant exercé la médecine sans diplôme pendant au moins dix ans avant la promulgation du présent décret pourront être autorisés à régulariser leur situation dans des conditions à déterminer par un arrêté du Gouverneur général de Madagascar.

---

•

## CHAPITRE III

### LES AUXILIAIRES MÉDICAUX EN TUNISIE

Je voudrais insister spécialement dans ce travail sur l'organisation du service médical auxiliaire dans la Régence de Tunis. J'ai fait de longs séjours dans des villages tunisiens, j'y ai pris contact avec la population rurale indigène dont j'ai pu observer de près les mœurs, l'esprit et les besoins. D'autre part, le docteur Brunswic-Le Bihan, médecin-directeur de l'hôpital indigène de Tunis, m'a admis à collaborer avec lui, notamment pour l'éducation du personnel auxiliaire de cet hôpital.

Aussi ai-je été à même de me former une opinion sur la question dont il s'agit dans ce chapitre.

J'indiquerai comment le docteur Brunswic-Le Bihan a été amené par la nécessité de son service hospitalier à dresser des infirmiers arabes, comment il en est résulté la création d'une école avec enseignement théorique et surtout pratique, comment enfin cette école peut devenir, surtout si le gouvernement français lui vient en aide, une pépinière d'auxiliaires médicaux capables de remplir un rôle des plus utiles.

J'essaierai de montrer qu'une telle institution serait d'une part profitable aux indigènes, dont elle améliorerait le sort matériel, et servirait d'autre part la cause de la France, dont elle rehausserait le prestige et propagerait le respect parmi les populations soumises à son protectorat. De l'exposé des faits et de leur discussion, il résultera, je pense, que l'institution des auxiliaires médicaux indigènes, en dépit de quelques objections qu'on a pu faire, répond à un urgent besoin et doit être favorisée par la France.

Il existe à Tunis un hôpital exclusivement réservé aux indigènes, l'hôpital Sadiki.

Lorsque la direction et le service médical furent confiés, en 1902, au docteur Bruswic-Le Bihan, celui-ci ne trouva comme assistants, dans cet établissement d'environ deux cents lits, que deux vieux arabes, l'un algérien, remplissant à la fois les fonctions d'interprète, de pharmacien et de chloroformisateur, l'autre tunisien, ne comprenant pas un mot de français, ignorant les notions les plus élémentaires d'aseptie et dont le rôle consistait à aider dans les opérations, à faire les pansements, à surveiller et à diriger les infirmiers.

Au début, l'administration n'accordant à cet hôpital aucun interne français, M. Brunswic-Le Bihan eut l'idée de recruter quelques jeunes arabes munis d'une légère instruction élémentaire et capables de parler et d'écrire le français. Ces jeunes gens, véritables apprentis infirmiers, furent mis peu à peu en mesure de remplir les fonctions dévolues dans les hôpitaux militaires aux

« infirmiers de visite ». C'étaient eux qui servaient d'interprètes entre le chef, les malades et les infirmiers antérieurs ; on dut leur apprendre ce qui constituait leurs fonctions : faire les pansements, prendre les températures, poser les ventouses, pratiquer les injections hypodermiques, donner les lavements ; les uns administrèrent le chloroforme, d'autres furent chargés de la stérilisation des instruments et des objets de pansement, ou de la préparation des médicaments, d'autres, enfin, aidaient dans les opérations,

Le recrutement se faisait au choix et à l'essai. Une fois qu'on eut constitué un premier noyau d'élèves capables de bien remplir leurs fonctions, leur traitement fut porté à quarante francs par mois et l'on forma un nouveau groupe de jeunes élèves qui ne touchaient que trente francs et qui, à leur tour, apprirent leur métier en servant de seconds aux anciens devenus leurs moniteurs. Tous ensemble ils suivaient de petits cours nécessaires pour développer leur instruction ; celle-ci était en effet des plus rudimentaires, malgré le brevet d'études dont ils étaient pourvus. Quelques docteurs et un pharmacien de la ville venaient aider gracieusement le chef de service à faire ces cours, mais les véritables instructeurs furent le chef de service et les deux internes français que l'on avait fini par lui accorder. Soit au lit du malade, soit dans les salles d'opérations, à la consultation externe ou à l'amphithéâtre, ces jeunes arabes arrivèrent à comprendre leur métier et à exercer avec conscience les fonctions qui leur étaient confiées.

A tour de rôle, ils passaient par les différents services, et grâce à la surveillance constante exercée sur eux ils se montrèrent fort utiles à l'hôpital. L'idée du docteur Brunswic-Le Bihan était de créer ainsi peu à peu un corps d'auxiliaires médicaux indigènes, dont il avait pu reconnaître toute la nécessité lorsque, vivant à Nabeul, petite ville de Tunisie, il avait fondé là un petit hôpital indigène.

Dans cet hôpital en effet, il ne put avoir comme aides que le pharmacien indigène de la ville, chargé de donner le chloroforme, et un jeune paysan qu'il avait pu dresser, non pas à se bien laver les mains, mais à ne rien toucher avant que ses mains ne fussent recouvertes de gants en caoutchouc stérilisés.

Dès que cette idée de créer des auxiliaires médicaux indigènes fut connue dans le monde médical tunisien, un tollé presque général s'éleva contre ce projet d'initier de jeunes Arabes aux questions d'hygiène et de médecine. Nombre de praticiens voyaient dans ces futurs auxiliaires des concurrents redoutables dont il fallait empêcher l'éclosion.

Cependant, en octobre 1903, parut un décret donnant aux auxiliaires médicaux une existence légale et accordant enfin la sanction officielle à l'école, qui fonctionnait déjà de fait à l'hôpital depuis plus de quinze mois.

Les articles suivants de ce décret indiquent comment le gouvernement tunisien a compris l'organisation de ces auxiliaires.

ART. 4. — Les élèves de l'hôpital Sadiki sont recrutés parmi les sujets tunisiens présentant les garanties nécessaires de moralité et possédant des notions d'enseignement primaire. Ils y sont nourris et logés dans la mesure des locaux vacants. Pendant leur séjour à l'hôpital, ils concourent avec le personnel médical aux soins à donner aux malades.

. . . . .  
ART. 8. — Les études dureront trois années, pendant lesquelles les élèves recevront une indemnité mensuelle de 10 à 20 francs, suivant l'importance des services qu'ils pourront rendre.

ART. 9. — Les élèves qui justifieront de connaissances théoriques et pratiques sur l'ensemble du programme et qui offriront les garanties morales nécessaires seront nommés Auxiliaires-médicaux sur la proposition du Comité, par arrêté du Premier Ministre, et affectés à un des établissements d'assistance publique dépendant du Gouvernement. Ils pourront également être adjoints aux médecins titulaires d'un service public qui en feront la demande. Si les circonstances le permettent, ils pourront, en attendant leur affectation définitive, être employés à l'hôpital Sadiki à titre d'internes auxiliaires.

ART. 10. — Toute tentative d'exercice de la médecine soit par un élève stagiaire, soit par un auxiliaire médical dans les conditions autres que celles énoncées à l'article 9 sera considérée comme illégale et poursuivie comme telle.

Presque rien n'était changé dans l'organisation déjà existante, si ce n'est que les élèves étaient recrutés au concours au lieu de l'être au choix et que l'élimination

des incapables ne pouvait plus se faire qu'après la réunion d'une commission de surveillance.

Cette école comprend aujourd'hui dix-huit élèves répartis dans les différents services, où ils travaillent comme auparavant sous la direction du chef de service et de ses deux internes. Tous les jours ils ont une ou deux heures de cours où on leur enseigne les éléments de physique, de chimie, d'anatomie, de physiologie, d'hygiène et de petite chirurgie. Ces cours sont faits par le personnel européen de l'hôpital et quelques docteurs civils ou militaires de la ville, ainsi que par un pharmacien, la plupart exerçant ces fonctions gratuitement.

Des compositions fréquentes et de nombreux interrogatoires tiennent ces jeunes gens en haleine et les obligent à étudier un peu les éléments qu'on leur enseigne. Leur éducation première et l'instruction fort rudimentaire qu'ils ont reçue ne paraissent guère avoir contribué à leur ouvrir l'esprit. Au contraire, on dirait que dans les écoles ils ont tout appris comme ils le font pour les versets du Coran, répétant à haute voix et en chœur leurs leçons jusqu'à ce que les sons se soient gravés dans leur mémoire. Aussi, pour la plupart, dès qu'on leur demande de faire quelque peu preuve d'intelligence et de traiter des questions autrement que par de simples réponses apprises par cœur, sont-ils tout à fait d routés, tant ce procédé d'interrogation les sort de leurs habitudes.

Il y a tout lieu d'espérer cependant qu'avec la diffusion progressive de l'instruction et surtout avec des

modifications apportées dans les habitudes d'enseignement. L'intelligence du jeune tunisien se développera et que dans quelques années l'on pourra constater chez eux, comme chez les jeunes Egyptiens de l'école de Kasr-el-Ainy, un relèvement du niveau intellectuel et moral.

Pour le moment, il sera beau de faire de ces jeunes indigènes des panseurs habiles et des gardes-malades consciencieux, et il y a tout lieu d'espérer que, tels quels, ils seront des auxiliaires médicaux des plus utiles et non les concurrents redoutables ou les rebouteux dangereux que certains praticiens craignent de trouver en eux plus tard.

Lorsque, dans la Régence, quelques postes d'auxiliaires médicaux auront été créés, soit pour venir en aide aux médecins municipaux français, (sorte de médecin de colonisation économique pour le budget) soit pour les remplacer à titre temporaire dans une zone dépourvue de tout secours médical et trop pauvre pour supporter les frais d'un docteur, tout donne à espérer que l'on ne verra plus des asiles de vieillards où les malheureux vivent dans la vermine, sans air, sans lumière et sans soins.

Alors aussi, espérons-le, on cessera de voir, comme dans un soi-disant hôpital que je connais, de malheureux prisonniers atteints de fièvres, entassés dans des sortes de caveaux sans ventilation et privés de tout secours médical réel ; le vieux médecin arabe de l'école de Tripoli chargé de ces malades, paraît persuadé qu'il est bien inutile de les soigner car il a toujours vu mou-

rir les malades de ce genre, quoi qu'il ait tenté pour les guérir.

On n'assistera plus, sans doute, dans un village situé à quelque distance d'une ville importante, à vingt-sept enterrements le même jour, tandis qu'un nombre triple de moribonds attendent leur tour, et cela simplement parce que la région est privée d'un service médical et d'un petit stock de quinine parce que rien n'y a été fait pour enrayer les accès de paludisme que provoquent les premières pluies d'automne et qui, tout en ne sévissant chaque année qu'un temps très court, font en général une centaine de victimes.

Dans telle autre région, quelques mesures d'hygiène et de prophylaxie suffiraient pour empêcher les épidémies de variole, de typhus et de fièvre typhoïde.

Dans cet asile, dans ce village, dans cette région, avec l'aide d'un Auxiliaire médical dressé comme il convient, que de fléaux facilement évitables seront aussitôt conjurés.

Ne semble-t-il pas évident que les auxiliaires médicaux peuvent rendre en Tunisie d'énormes services, quand on songe à l'utilité qu'ils auraient dans ces rôles divers, comme assistants dans les hôpitaux urbains et ruraux et dans les infirmeries régionales, comme surveillants dans les asiles ou affectés aux pénitenciers, comme aides des médecins municipaux ou comme préposés à une mission temporaire dans une zone écartée et privée de médecin, enfin comme attachés à des services d'exploitation ou à des missions d'exploration.

En dehors même des limites de la Régence, il y aurait à envisager leur rôle possible comme agents d'avant-garde, et à ce point de vue il y aurait lieu de reprendre une idée du cardinal Lavignerie, qui a cherché à créer des auxiliaires de la civilisation en faisant donner des notions de médecine à de jeunes nègres que l'on renvoyait ensuite dans leur pays.

Ne pourrait-on pas attirer vers l'hôpital Sadiki des nègres du Soudan et de jeunes Marocains qui, après avoir fait un apprentissage sérieux, retourneraient ensuite dans leur pays et deviendraient par la suite d'utiles pionniers pour le développement de l'influence française dans ces régions.

Un certain nombre de jeunes nègres élevés par les Pères blancs de Carthage furent dans ce but envoyés à Malte pour y suivre les cours de médecine ; or, aujourd'hui ils seraient, paraît-il, devenus d'utiles propagateurs de la civilisation ; on peut, il est vrai, se demander si leur instruction, faite dans un milieu anglais, a été très avantageux pour le développement de l'influence française.

Dans un établissement comme l'hôpital Sadiki, où il est facile d'éviter toute ingérence religieuse et tout prosélytisme aussi inutile que déplacé, on pourrait arriver à constituer peu à peu une école de médecine pour Musulmans, qui différerait ainsi complètement des écoles de médecine de Beyrouth et qui serait sans doute fort utile pour notre œuvre de civilisation dans les territoires africains soumis à notre influence.

Le résultat serait de première importance au point

de vue politique, car, pour peu que l'on étudie les peuples de ces régions, l'on voit qu'il s'agit là de populations primitives dont actuellement la vie ne se complique guère que de besoins et de misères physiques, et l'on demeure vite convaincu que les seules institutions qu'elles soient dès maintenant capables d'accepter comme d'incontestables bienfaits sont uniquement celles qui attesteront notre sollicitude pour les maux dont elles souffrent. Longtemps encore, quoi qu'on en dise, l'assimilation par les moyens humanitaires restera la seule assimilation capable de nous ouvrir les milieux indigènes et d'y instaurer le culte de la patrie française.

Quelque profonde que soit encore l'espèce de léthargie sociale dans laquelle paraissent plongées les populations musulmanes, il n'est pas douteux en effet que dès maintenant elles peuvent apprécier et reconnaître les avantages directs et immédiats que notre domination est susceptible de leur procurer en soulageant leurs maux physiques et en leur assurant, contre les maladies dont elles souffrent, une assistance médicale et des soins hospitaliers appropriés. » (Maurice Colin).

Il est à noter que le développement et le fonctionnement de l'école des auxiliaires médicaux tunisiens, telle qu'elle a été créée, sont plutôt précaires. Cette école ne vit que sur le budget même de l'hôpital; aucune subvention ne facilite cette œuvre qui pourrait avoir une si grande importance dans l'avenir pour la propagande de l'influence française.

Les attaques constantes de quelques médecins européens du pays paralysent peut-être l'action du gouvernement français, qui s'est contenté de donner son approbation platonique pour la création de l'école. Quant à l'appui de l'élément indigène, on ne saurait l'escompter : nous ne sommes plus au temps où le sultan du Maroc, Al Mansour, dont l'empire comprenait et l'Espagne et l'Egypte, allait chaque vendredi, après la prière, visiter l'hôpital de sa capitale, s'enquérant des besoins des malades et des nécessiteux et prescrivant les mesures nécessaires pour leur assurer le bien-être.

Le sort des jeunes élèves de l'hôpital Sadiki est un peu misérable, comparé à celui des élèves des écoles de Constantinople, de Beyrouth et de Kasr-el-Ainy. Il est vrai que leur défaut d'instruction première les met dans un état d'infériorité manifeste et qu'ils ne peuvent prétendre à aucun titre médical d'ordre un peu élevé. Il serait d'ailleurs tout à fait inutile de créer actuellement dans la Régence une école de médecine pour former des docteurs, puisque la France n'est pas loin et qu'il sera toujours facile aux jeunes Arabes instruits et intelligents d'aller suivre les cours d'une Faculté, comme quelques-uns d'ailleurs le font déjà. C'est pour eux d'autant plus facile que des fondations indigènes ont assuré un budget spécial destiné à donner des bourses d'études aux jeunes Arabes dont l'instruction mérite d'être poussée.

Il faut remarquer que l'école de Sadiki est incomplète : à côté des auxiliaires médicaux dont nous avons

parlé, il serait de toute nécessité de créer, comme cela a été fait au Tonkin, en Indo-Chine et à Madagascar, une école de sages-femmes indigènes dont le rôle serait des plus précieux. Il existe bien en Tunisie un certain nombre de sages-femmes indigènes tolérées, expertes surtout, il est vrai, dans l'art des avortements; or rien n'a jamais été fait pour modifier leurs procédés ni pour leur inculquer les moindres notions d'hygiène et d'obstétrique; c'était pourtant une des premières choses à faire, du moment qu'on s'est trouvé dans l'obligation de tolérer leurs services.

Comme nous l'avons dit, l'institution des auxiliaires médicaux tunisiens a été fort critiquée. Après avoir indiqué les raisons qui nous font regarder cette institution comme nécessaire, examinons les objections qu'elle a soulevées. Les uns voyaient dans ces jeunes Arabes de futurs rebouteux légaux, d'autant plus dangereux qu'ils auraient été bien instruits, d'autres voyaient en eux des concurrents redoutables qui leur raviraient toute la clientèle indigène, d'autres encore prétendaient qu'aucun médecin municipal ne voudrait prendre comme assistant un de ces jeunes gens, habitués à tout le luxe d'un hôpital où les règles d'aseptie sont appliquées dans toute leur rigueur.

Enfin, il en est qui, attribuant aux indigènes une mentalité toute spéciale, les croient incapables de tout bon sentiment et affirment que l'on ne saurait trouver des gens consciencieux chez un peuple où le vol et le mensonge seraient considérés comme les meilleures preuves d'intelligence.

Ces objections ne paraissent pas très solides. Mais admettons qu'elles ne soient pas tout à fait sans valeur et demandons-nous si elles seraient suffisantes pour arrêter toute tentative de progrès, et s'il ne faudrait pas quand même chercher à développer chez le peuple arabe les connaissances de médecine et d'hygiène pratiques. N'a-t-on pas le droit de croire que la race est perfectible, et que l'on peut par le bon exemple et un travail assidu, arriver à transformer des indigènes en auxiliaires utiles pour l'œuvre de la civilisation ?

De tous temps et dans tous les pays, l'on a constaté que l'assistance médicale est un des plus sûrs moyens pour civiliser et pacifier un pays du moment que l'on cherche à y conserver l'élément indigène, et par suite l'institution des auxiliaires médicaux indigènes, paraît rationnelle et désirable.



## CHAPITRE IV

### LES « DISTRICT - NURSES »

L'assistance hospitalière a fait, surtout depuis un siècle, de très grands progrès. L'assistance à domicile, par contre, est encore organisée de façon très imparfaite. Le malade pauvre ou simplement peu aisé qui se laisse soigner à domicile, est actuellement fort mal soigné.

Pour qu'un malade de cette catégorie reçoive dans son propre logis, au sein de sa famille, les soins indispensables, que faut-il ?

Les visites de médecin ne suffisent pas, le médecin examine et prescrit, mais il ne peut, faute de temps, surveiller la manière dont ses prescriptions sont suivies ; il ne peut non plus recueillir lui-même, ni faire recueillir par l'entourage bien des renseignements qui lui seraient nécessaires pour l'éclairer.

Dans un hôpital, il existe tout un personnel spécialement éduqué et dressé, qui remplit ce rôle auxiliaire, mais le plus souvent dans la demeure du pauvre, le

médecin ne peut compter sur personne pour s'en acquitter. Mettre à la disposition de l'indigent non pas seulement à l'hôpital, mais chez lui, soit à la campagne, soit en ville, un personnel de ce genre, c'est à quoi répond en Angleterre l'institution du « District-Nursing ».

Cette organisation anglaise est très intéressante et nous voudrions en esquisser ici les grandes lignes.

La « District-Nurse » que nous pouvons appeler en français la garde-malade communale où l'infirmière régionale est une infirmière pourvue d'une bonne éducation et d'une bonne instruction pratique qui, après un stage de trois ans dans un hôpital où elle aura fait un apprentissage sérieux, sous la surveillance des docteurs et sous la direction des « matrons » est affectée, soit seule, soit en compagnie de deux ou trois collègues, à une région déterminée : quartier dans une ville ou commune à la campagne ; dans ce « district » elle a pour mission d'aller visiter et soigner les malades de la classe ouvrière et les indigents sous la direction des docteurs.

### *Fonctions de la District-Nurse.*

Il y a différents types de district-nurses, mais le type le plus général est l'infirmière diplômée dressée dans les écoles annexes des hôpitaux et rattachée à une des grandes associations qui veillent avec soin sur leur recrutement et leur manière de remplir les fonctions qui

leur sont confiées. Ces nurses, installées dans une région, avec un traitement fixe, se rendent à pied, en bicyclette ou en voiture, chez les malades que leur désigne le docteur. Elles font chaque jour leur tournée portant partout leurs soins et leurs conseils, de façon à remettre un peu d'ordre dans les ménages que la maladie a troublés et à veiller à ce que les prescriptions du docteur soient bien exécutées et suivies.

On conçoit sans peine l'utilité de la district-nurse, à la fois propagation des saines notions d'hygiène domestique, aide éventuelle du médecin et reconfort moral de l'indigent.

Rapidement, grâce à la nurse, l'ordre et la propreté renaissent dans le logement ou dans la chaumière du malade, celui-ci se trouve entouré de soins constants, et le médecin peut être assuré que le traitement prescrit est bien appliqué.

Si, dans les villes, il est rare que l'on ait à opérer un pauvre à domicile, à la campagne, grâce à ces infirmières habiles, dans lesquelles on peut avoir toute confiance, bien des opérations deviennent possibles, et le docteur avec leur assistance, peut se permettre des interventions qu'il serait téméraire ou même impossible de tenter sans l'assistance de la district-nurse.

Dans les cas de maladie chronique, la nurse, par ses connaissances et son adresse, peut non seulement rendre la vie du malade relativement plus agréable, mais elle peut aussi par ses notions d'hygiène restituer à l'atmosphère ambiante sa pureté nécessaire, et dans bien des cas, faire que la présence du malade au

milieu de sa famille ne soit plus pour celle-ci une source d'infection et de misère.

Dans nombre de cas relevant de la médecine, la district-nurse rend des services précieux au malade et au docteur, en administrant régulièrement les médicaments, en préparant les bains, en maintenant le malade constamment propre, en veillant à la ventilation régulière de sa chambre, en prenant régulièrement la température, en s'occupant en somme d'une multitude de détails qui ne sont pas à proprement parler dans les fonctions du docteur et auxquels il ne peut se consacrer faute de temps. La nurse contribue ainsi à rendre le travail du praticien beaucoup moins fastidieux dans les milieux pauvres et ignorants.

Il est bien évident que la District-Nurse peut avoir une grande utilité sociale. Grâce à son éducation et à son instruction, pour peu qu'elle ait du tact, elle acquiert beaucoup d'influence dans les familles ouvrières où elle pénètre.

Ces nurses peuvent obtenir beaucoup sous le rapport de la propreté et de l'hygiène et peut-être à la longue pourront-elles devenir d'utiles auxiliaires dans la lutte contre l'alcoolisme, et d'autre fléaux sociaux de même ordre.

Il y a tout lieu de croire, en effet, qu'elles peuvent être tout aussi utiles par les notions qu'elles enseignent que par les soins matériels qu'elles ont à donner.

A Londres, par exemple, les Nurses vont dans les écoles les plus pauvres pour soigner les enfants et panser leurs plaies ; puis par l'intermédiaire des enfants,

les Nurses arrivent aux mères et souvent elles parviennent, par leurs conseils et leur concours, à remettre de l'ordre et du bien-être dans des ménages désunis et misérables.

La Nurse ne doit pas être une distributrice d'aumône ni habituer le pauvre et le malade à compter sur la charité. Tout en soignant les malades, c'est le devoir de la Nurse d'apprendre à l'ouvrier à s'aider lui-même. Elle lui montre d'une façon pratique les principes d'hygiène, d'ordre, d'économie et les avantages des différentes sociétés de secours et de prévoyance qui mettent l'ouvrier à l'abri des conséquences néfastes d'un chômage imprévu ou d'une maladie un peu longue.

#### *Modes d'organisation.*

Tantôt les District-Nurses dépendent d'une société de charité qui leur assure un logement et un traitement fixe de façon à ce qu'elles n'aient rien à exiger des malades, tantôt elles sont entretenues par une société de secours mutuels dont les membres peuvent compter sur leurs soins. D'autres exercent leur profession sans traitement fixe ou seulement avec une petite indemnité que leur assure la commune, les visites qu'elles font étant payées selon un tarif déterminé.

#### *Nurses entretenues par des associations charitables.*

Les sociétés reposant uniquement sur la charité ont

une vitalité incertaine et au point de vue moral elles sont assez défectueuses.

Ces institutions tendent à enlever aux déshérités toute idée de prévoyance et le système de tout donner gratuitement, docteur, nurse, médicaments, vêtements, nourriture et même logement détruit chez ceux qui en profitent les moindres notions de prévoyance qui existent instinctivement chez la plupart des animaux. Mis face à face avec les conséquences de leur imprévoyance, bien des gens, s'ils savaient ne pouvoir compter sur la charité, n'hésiteraient pas à s'affilier à une société de prévoyance et de secours mutuels.

Loin de tendre à habituer les classes pauvres à prendre des habitudes d'économie et de prévoyance, ces sociétés qui reposent sur une base de charité et ne vivent que par les souscriptions faites dans les classes aisées de la société, tendent en réalité à démoraliser ceux qui en profitent au lieu de leur apprendre à compter sur eux-mêmes et à penser pendant leurs jours heureux aux misères possibles.

Evidemment il est des cas où la charité est nécessaire, mais en règle générale c'est un non-sens de donner à toute une population des soins et des secours gratuits. D'ailleurs si la District-Nurse dépend d'une institution charitable, nombre de petites gens, boutiquiers, artisans et petits fermiers ne peuvent profiter de sa présence dans la région et pourtant la plupart d'entre eux seraient heureux de pouvoir recourir à ses soins car ils n'ont guère les moyens de se payer une garde à demeure. Il est bien préférable qu'en cas de

maladie ces gens aient aussi bien droit aux soins de l'infirmière qu'à ceux du médecin et du pharmacien qu'ils peuvent s'assurer par les sociétés de secours mutuels.

*Nurses subventionnées par le budget régional.*

Certaines District-Nurses au lieu d'être rétribuées par des sociétés charitables reçoivent, à la façon des fonctionnaires, une modique rétribution fixe de la région où elles sont établies. Celles-là ont en général peu de chances de réussir, leur gain fixe est en général insuffisant et il leur est bien difficile de l'augmenter en touchant ici et là des honoraires. Nombreux sont les clients, mais rares les payeurs.

*Nurses entretenues par une société de prévoyance.*

Le District-Nursing établi sur une base de prévoyance semble échapper à la plupart des objections dont sont passibles les systèmes précédents.

Avec ce système les plus pauvres peuvent profiter de la District-Nurse et en même temps la dignité de la classe ouvrière est mieux sauvegardée.

Au point de vue financier la base de l'institution est plus stable, elle n'est plus à la merci des caprices et des fluctuations de la charité, elle jouit de toute l'élasticité nécessaire pour s'adapter soit à une population ouvrière urbaine soit à une agglomération rurale.

En moyenne, dans une ville ouvrière où la population est assez dense, on peut estimer qu'une district-nurse est suffisante pour six à huit mille individus, tandis que dans une population rurale assez clairsemée il ne faut pas compter qu'elle puisse donner ses soins à un groupement de plus de deux mille personnes.

L'entretien, le logement et le traitement d'une district-nurse revient environ à 2.500 francs par an, de sorte que la cotisation annuelle, variable selon les régions, serait cependant des plus faibles. Les malades appartenant au district, mais n'ayant pas souscrit d'avance pour la nurse, ont toujours droit à ses soins, mais on exige d'eux le payement d'une cotisation plus élevée ou un prix fixe par visite.

Pour éviter tout surmenage et tout déplacement inutile il est le plus souvent convenu que la district-nurse ne sera envoyée auprès d'un malade que sur l'ordre du médecin.

Ainsi les avantages de l'institution des District-Nurses établie sur une base de prévoyance sont multiples :

1.<sup>o</sup> Toute institution entretenue par les cotisations des intéressés repose sur une base plus solide que celles qui n'ont à compter que sur la bonne volonté de gens charitables ;

2.<sup>o</sup> Cette nécessité de penser soi-même à l'avenir donne aux intéressés des habitudes de prévoyance et d'économie ;

3° On apprécie en général davantage ce que l'on paye soi-même ;

4° Les fonds augmentent à mesure que l'institution de prévoyance se développe ;

5° Les souscriptions charitables existeront quand même, et s'ajouteront au budget fixe ;

6° La vitalité de l'institution est bien mieux garantie, si elle dépend d'une caisse de prévoyance mutuelle que si elle est simplement assurée par quelques riches dont la mort, le départ ou simplement quelque embarras financier peuvent modifier les projets ;

7° L'association des intéressés diminue dans des proportions considérables la quote-part de chacun sans cependant empêcher les non-adhérents de se servir de la district-nurse en payant des prix plus élevés.

L'institution devient une organisation de secours mutuels, elle permet aux classes pauvres de s'assurer le luxe d'une garde expérimentée moyennant une cotisation des plus faibles, de même qu'ils s'assurent les soins du médecin et l'octroi des médicaments. Une telle institution peut être considérée comme l'une des plus sages et des plus salutaires pour le soulagement de la maladie et de la misère, elle constitue un réel progrès dans le bien-être social.

*Historique de l'institution des District-Nurses.*

La création des district-nurses et leur rapide popularité ont été grandement facilitées par la méthode qui dès l'origine a présidé à leur organisation et aux soins avec lesquels ces nurses ont été recrutées et dressées.

Déjà en 1868 fut fondée une société pour soigner les malheureux de la région est de Londres :

« The East London Nursing Society », dont l'organisation a servi de modèle à beaucoup d'autres sociétés.

En 1874 fut créée la « Metropolitan Nursing association » dont le but est bien défini par les articles suivants de ses statuts.

Cette association était fondée :

1° Pour dresser et fournir un corps de garde-malades destinées à soigner les malades pauvres à domicile ;

2° Pour établir dans la métropole et aider à établir dans le pays des organisations régionales analogues.

3° Pour créer une école d'entraînement pour ces district-nurses dans l'un des hôpitaux de Londres ;

4° Pour relever par tous les moyens possibles la situation et le niveau social des gardes-malades.

L'influence de cette association fut grande à Londres et dans les provinces. C'est même à cette « Metropolitan association » que l'on doit en grande partie attri-

buer les excellentes conditions dans lesquelles se sont développés les centres de District-Nursing.

L'œuvre du District-Nursing doit beaucoup à une femme aussi remarquable par son intelligence et par son énergie que par la générosité avec laquelle elle dépensa sa fortune pour les pauvres : Miss F. Nigthingale. Son exemple stimula les sentiments philanthropiques d'un grand nombre de personnes riches, qui portèrent à leur tour de larges contributions à ce genre d'entreprise.

Mais l'un des plus importants événements qui ont contribué à développer cette institution fut la dotation faite par la reine Victoria de la souscription faite en 1887 par les femmes anglaises en l'honneur du jubilé. Les soixante-dix mille livres sterling recueillies, furent consacrées à la fondation d'une institution pour le dressage des nurses qui seraient chargées de visiter les malades pauvres à domicile.

Ce « jubilee fund » qui donne un revenu de deux mille livres environ fut confié à une commission de trois membres : le duc de Westminster, Sir James Paget et sir Rutherford Alcock : l'institution créée fut appelée la « Queen Victoria Jubilee Institute for Nurses » et fut rattachée à une ancienne œuvre de charité fondée en 1148, par la reine Mathilda femme de Stephen et appelée l'hôpital Royal de Sainte-Katharine, les membres de cette ancienne corporation devaient en dehors du service hospitalier, aller voir et soigner à domicile tous les malheureux du voisinage.

Une charte royale fut octroyée en 1899 à cette institu-

tion avec un président et un conseil d'administration, et depuis cette époque, de nombreux groupes locaux de district-nurses se sont affiliés à cette institution centrale.

*Importance des services rendus.*

Au point de vue des services que rend le District-Nursing, le chiffre des visites faites dans différentes régions a une certaine éloquence.

|                                                                              |         |          |
|------------------------------------------------------------------------------|---------|----------|
| Ainsi nous voyons qu'en 1896, les district-nurses ont fait à Birmingham..... | 31.704  | visites. |
| à Dundee.....                                                                | 29.844  | —        |
| à Liverpool.....                                                             | 118.422 | —        |

L'on peut d'autre part estimer que selon les régions la garde-malade fait de 2.000 à 5.000 visites par an, et comme à cette époque l'on comptait environ 700 District-Nurses, l'on peut facilement juger du nombre de malades pauvres qui sont secourus par ces infirmières et soumises à leur influence. Il y a par suite tout intérêt à ce que ce mouvement fut organisé sur une base telle qu'elle ne puisse faire que du bien.

La rapide extension du District-Nursing est une preuve évidente que cette institution a comblé une lacune déplorable qui existait dans l'économie sociale du pays.

*Limitation du rôle et du travail de la Nurse.*

Dans certaines régions cependant, par exemple dans les villages où les chaumières sont très dispersées la District-Nurse en se rendant chaque jour chez différents malades perdrait une partie importante de son temps sur les routes. Par règlement elle ne doit pas rester la nuit hors de chez elle, elle n'a pas le droit en général, si elle est seule dans la région, de soigner les maladies contagieuses et il lui faut forcément abandonner ses malades pendant de longues heures. D'autre part une Nurse à demeure ne fait d'ordinaire aucun travail manuel, ne doit avoir à s'occuper ni de la cuisine ni du ménage et elle doit avoir à sa disposition entière et complète une chambre pour dormir et se reposer. On comprend dès lors que dans bien des cas ni la district nurse ni la « résidant-nurse » ne peuvent rendre les services nécessaires dans un ménage d'ouvriers ou de paysan pauvre dont la femme est tombée malade ou vient de faire ses couches.

*La District-Nurse selon le « Holt-Ockley system ».*

Pour obvier à ces inconvénients, M<sup>lle</sup> Broadwood a imaginé en 1883, à Ockley, un autre système de Nursing qui a été appelé le « Holt-Ockley system » parce que, après un sérieux examen de tous les systèmes de

■

nursing l'organisation existant à Holt dans le Norfolk parut la plus pratique.

Les infirmières de cette organisation sont choisies dans la classe ouvrière et elles doivent non seulement apprendre à soigner les malades, mais encore être en état, par leurs connaissances pratiques, de remplacer la maîtresse de maison dans tous les détails du ménage, et savoir tenir le logement en ordre, faire la cuisine, s'occuper des enfants. Cette institution arrive à fournir d'une façon temporaire dans les campagnes de bonnes et adroites infirmières à des prix très modérés, elle prend de jour en jour plus d'extension et ce système a été adopté par 743 villages en Angleterre par 61 en Écosse et 11 dans le pays de Galles.

Tous ceux qui connaissent un peu la vie à la campagne comprennent combien il est difficile de procurer d'ordinaire aux malades pauvres de bonnes infirmières instruites. Parfois, dans le village existe une femme qui s'est improvisée garde-malade mais rarement elle a la moindre compétence, le plus souvent on est obligé de recourir aux services d'un voisin complaisant qui vient à l'aide du malade dans ses moments perdus. Mais en réalité, tous ces arrangements sont insuffisants et onéreux car d'une manière ou d'une autre, tous ces services gracieux se font payer.

Avec ce système « Holt-Ockley » la souscription annuelle du journalier est de 2 fr. 50 ;

De l'ouvrier, 3 fr. 75 ;

Du fermier, 6 fr. 25 ;

Et du bourgeois, 12 fr. 50.

Le souscripteur a le droit d'avoir une infirmière chaque fois que c'est nécessaire et tant que cette infirmière est en résidence chez un malade, elle reçoit par semaine :

3 fr. 10 du journalier ;

5 fr. de l'ouvrier ;

7 fr. 50 du fermier ou boutiquier ;

18 fr. 75 et plus du bourgeois.

De cette façon le journalier en souscrivant 2 fr. 50 par an a une infirmière à demeure pour trois semaines par exemple au prix de 9 fr. 30, tandis qu'au voisin il aurait fallu donner sans doute une vingtaine de francs en estimant son dérangement à un franc par jour.

Un avantage important des associations de prévoyance avec le « Holt Ockley system » pour le « District-Nursing » c'est que, dans un même village, si plusieurs Nurses sont nécessaires la société les fournit aussitôt bien que la souscription du village et les versements journaliers réunis peuvent être inférieurs au salaire réel d'une seule de ces gardes.

La Holt-Ockley Nurse se consacre uniquement à un cas à la fois, elle veille si c'est nécessaire, vivant dans la chaumière elle est toujours à portée en cas de besoin et comme c'est à elle de veiller au ménage et aux enfants, la mère malade peut se reposer en paix et sans inquiétude.

Ces infirmières doivent être nécessairement des femmes actives, honnêtes et fortes, aptes à exercer leur

profession avec tout le courage et le dévouement nécessaires. Elles font une période d'instruction de 6 à 12 mois dans les « Cottage Hospitals » hôpitaux de campagne et dans les services d'accouchement, après y avoir fait déjà un an de stage comme candidates, et l'on ne leur délivre de certificat que lorsque la directrice de leur association a reçu des docteurs qui les ont employées des renseignements prouvant que leur conduite et leur travail ne laissent pas à désirer.



## CHAPITRE V

### OPORTUNITÉ DE SEMBLABLES CREATIONS EN D'AUTRES PAYS NOTAMMENT EN FRANCE

Il paraît difficile de nier l'utilité et même la nécessité de créer dans tous les pays des garde-malades : auxiliaires médicaux correspondant comme fonctions aux District-Nurses. Soit qu'on les destine à soigner à domicile, les malades des classes laborieuses et les indigents que le médecin ne peut visiter constamment, soit qu'on les affecte à de petits hôpitaux ruraux créés sur le type des « Cottage-hospitals », soit enfin qu'elles soient chargées de suivre et de soigner les malades sortant en voie de guérison des hôpitaux centraux et n'ayant plus besoin que de petits soins qu'on peut leur donner à domicile.

Toutes ces organisations auraient entre autres avantages ceux d'éviter la stagnation d'un grand nombre de malades dans les hôpitaux dont les frais diminueraient en conséquence bien que le nombre de malades traités pourrait être plus considérable.

Ces garde-malades devraient être recrutées avec soin, être soumises à un dressage long et sérieux de façon à former non pas des demi-médecins, mais des aides comprenant bien la différence qui sépare du docteur, qui traite, la garde, qui soigne. Enfin elles ne doivent être agréées comme gardes qu'après une sélection sérieuse qui écartera de la profession toutes celles qui n'auraient pas les aptitudes intellectuelles, physiques et morales indispensables.

Certains médecins ne manqueront pas de prétendre que ces gardes instruites seront peut-être des auxiliaires utiles, mais qu'elles seront en même temps des concurrentes dangereuses. L'exemple des infirmiers et infirmières diplômés tendrait à le prouver, mais le système d'enseignement, tel qu'il a été compris en général, a eu pour résultat de former des pédants, des infatués bouffis par une instruction théorique mal digérée, espèces de médocastres aussi redoutables pour les malades que pour les médecins traitants. La partie la plus essentielle de la préparation de la garde-malade a été omise en France, car le dressage par des infirmières compétentes dans toutes les phases du service hospitalier n'existe pas d'ordinaire. Pendant leur stage dans les hôpitaux, les Nurses apprennent quelles sont leurs véritables fonctions et il est bien spécifié dans les différentes sociétés dont elles dépendent qu'elles ne doivent aller soigner un malade *que sur l'ordre du docteur* qui leur confie le malade en indiquant le traitement à exécuter.

Dans certaines régions, en Angleterre, la prévention

initiale des docteurs contre les nurses a été parfois des plus vives, mais beaucoup de ces mêmes docteurs auraient aujourd'hui de la peine à se passer des nurses, car ils ont trouvé en elles des auxiliaires précieuses surtout quand il s'agit de soigner des malheureux atteints de quelque maladie chronique demandant une assistance assidue.

Le médecin non assisté tentera toujours d'envoyer ces mêmes malades dans quelque asile ou dans quelque hôpital. Or, cela est fâcheux, car ces malades encombrant les services, grèvent le budget de la localité et se trouvent en général moins bien qu'ils ne seraient en leur propre logis si l'on pouvait leur donner les quelques soins nécessaires et les subsides indispensables.

#### *Comparaison de la Nurse avec la Sœur de charité.*

A la vérité, la conception du District-Nursing, l'esprit même dont s'est inspirée cette institution, se retrouvent dans une fondation française déjà bien ancienne, nous faisons ici allusion à la fondation des « Sœurs grises » ou Filles de charité, due au génie bienfaisant de Vincent de Paul. L'œuvre de cet homme admirable a dévié de son premier but, mais Vincent de Paul (1672) avait voulu surtout procurer aux médecins des aides dévouées et instruites, capables de bien soigner les malades et même de préparer les médicaments. Il les soumettait certainement à une préparation technique des plus soignées pour l'époque, et il les voulait exemptes de toute obligation monastique, afin

qu'elles puissent se consacrer entièrement à leur œuvre de charité.

Dans un de ses règlements, il insiste sur le caractère non monastique de leur confrérie ; elles ne devaient avoir d'autre monastère que la maison des malades, d'autre cellule qu'une chambre de louage, d'autre chapelle que l'église du pays. Les salles d'hôpitaux étaient leur cloître, et leur sainte modestie leur voile.

Cette compagnie, qui devait avoir un caractère presque laïque selon Vincent de Paul, est devenue graduellement une congrégation religieuse où la règle fut placée au dessus des exigences du progrès.

Par suite, ces sœurs, malgré toutes leurs qualités de dévouement, de probité et de haute moralité, ont peu à peu abandonné leurs véritables fonctions de garde-malade entre les mains de subalternes laïques, femmes ou hommes ignorants ; elles les avaient directement sous leur surveillance, mais elles ne pouvaient ni les diriger, ni les instruire dans cette profession qu'elles se faisaient un devoir de ne pas exercer et même de ne pas connaître dans ses détails.

Victimes de ces règles immuables et contraires à la tradition première, ces bonnes filles de charité ont laissé un immense écart se produire entre la science médicale et leurs fonctions auprès des malades ; c'est pour cela surtout qu'elles se trouvent aujourd'hui supplantées par des laïques, infirmières dont l'éducation et l'instruction laissent encore cependant beaucoup à désirer.

L'institution actuelle des sœurs de charité est aujourd'hui en quelque sorte comme hors d'usage car elles

ont dévié de la voie qui leur était tracée, et la prédiction de Vincent de Paul s'est réalisée. « Si parmi vous, il se trouvait quelque esprit brouillon qui dit « il faudrait être religieuse, cela est bien plus beau », Ah, mes sœurs, la compagnie serait à l'extrême onction.»

Remplacer pour l'assistance médicale, les sœurs de charité par des infirmières laïques, ne pourra se faire sans difficultés, d'autant plus qu'en France le métier d'infirmière, privé de tout prestige, se recrute d'ordinaire dans le même milieu que les simples domestiques et encore. Du moins, faut-il espérer que, profitant de l'expérience acquise par les Anglais, nous franchirons, plus rapidement qu'eux-mêmes, la période de transition ; période qui, en Angleterre, a été de plus de deux siècles.



## CONCLUSIONS

---

1° Les fonctions d'auxiliaires médicaux, garde-malades et infirmiers deviennent de jour en jour plus délicates avec les progrès des sciences médicales. Ceux qui exercent cette profession devraient jouir, au point de vue social, d'une considération particulière, comme c'est leur cas en Angleterre ;

2° Ces auxiliaires médicaux peuvent avoir dans les pays neufs un rôle considérable non seulement en assistant le médecin dans sa tâche professionnelle, mais encore en le secondant dans son action civilisatrice ;

3° Le développement de l'institution des District-Nurses dans le royaume de la Grande-Bretagne prouve que même dans les pays les plus civilisés l'auxiliaire médical peut remplir une fonction importante et des plus honorables en aidant les médecins

dans leur œuvre humanitaire auprès des classes laborieuses et pauvres.

4° Il y a tout lieu de supposer que l'on devrait chercher à développer en France, sur le modèle du District-Nursing, des institutions d'infirmiers et de garde-malades destinées principalement à soigner les pauvres à domicile sous la direction du médecin.

---

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

DEBOVE.

BRISAUD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

## BIBLIOGRAPHIE

---

### Egypte. •

*Baron Larrey.* — Mémoires de Chirurgie militaire et campagne. Paris, 1812.

*Wilson.* — History of the British Expedition to Egypt. London, 1803.

*J. Artin Pacha.* — L'instruction publique en Egypte. Paris, 1889.

*Clot-Bey.* — Compte rendu des travaux de l'école d'Abou-Zabel. 1827.

— Compte rendu de l'état de l'enseignement médical. Marseille, 1862.

— De l'hôpital d'Abou-Zabel. Paris, 1833.

— Procès-verbal de l'examen soutenu par douze élève à l'Académie Royale de médecine de Paris.

— De l'Ophtalmie et de la Vaccination. Paris.

— L'Egypte sous Méhémet Ali. Paris, 1843.

— Relation des phases parcourues par l'institution médicale en Egypte. Paris.

- Clot-Bey.* — Réouverture de l'Ecole de médecine. Paris, 1857.  
*Mc. Coan.* — Egypte as it is. London, 1877.  
*F.-M. Sandwith, M. D.* — The history of Kasr-el-Ainy. Records of the Egyptian government School of medicine. 1901.

### **Pays divers.**

- D<sup>r</sup> Verrier.* — De l'influence du Coran sur le progrès des Sciences médicales. Bruxelles, 1903.  
Faculté catholique et française de médecine et de pharmacie de Beyrouth. Bulletins annuels, 1901.  
Catalogue of the Syrian Protestant colleges. Beirut, Syrie. 37<sup>e</sup> année, 1902-03.  
*Maratray.* — Du rôle du médecin dans l'influence civilisatrice d'une nation. Thèse Bordeaux. 1902.  
*Kermogant.* — Sur l'assistance médicale indigène à Madagascar. Académie de médecine, 24 juin 1902.  
— Sur l'organisation et le fonctionnement de l'Assistance médicale indigène à Madagascar en 1902. Académie de médecine, 6 oct 1903.  
*Maurice Colin.* — Les œuvres d'assistance pour les indigènes en Algérie. Hebdo-Débats, 1904.

### **Tunisie.**

- Brunswic-Le Bihan.* — La Chirurgie aux Colonies. L'hôpital de Nabeul, Tunisie. Presse médicale, 19 fév. 1902.  
— L'assistance médicale des indigènes en Tunisie et les

auxiliaires médicaux. Tunis, congrès de géographie, 1904.

*Eugène Bonhoure* — Assistance médicale en Tunisie. Dépêche coloniale, 1904.

*D<sup>r</sup> H. Bouhageb.* — Accouchement et avortement en Tunisie. Thèse Bordeaux, 1901.

*Béchir Sfar.* — Assistance publique musulmane en Tunisie, 1896.

#### District-Nursing.

*Sir Henry Burdett K. C. B.* — The Nursing profession. How and Where to train.

*Amy Hughes.* — District Nursing, London.

*Jameson B. Hurry, M. D.* — District Nursing on a provident Basis.

*Henry C. Burdett.* — Cottage Hospitals. London, 1896-1901.

*Rathbone.* — The History and Progress of District Nursing, 1890.

*H. Morten.* — How to become a nurse.

*W. Patridge.* — Florence Nightingale. London 1890.

*Henry C. Burdett.* — The advantages and privileges of a trained district Nurse. London.

*Mrs Furley Smith.* — A great movement : The Nurses coöperation. London.

**France.**

*M<sup>lle</sup> Dr Hamillon.* — Considérations sur les infirmières des Hôpitaux. Thèse Montpellier, 1900.

— Instruction professionnelle et situation du personnel secondaire des Hôpitaux. — III. Congrès national d'assistance publique et de bienfaisance privée. Bordeaux, 1903.

*M<sup>lle</sup> Hamilton et F. Regnault.* — Les gardes-malades congréganistes, mercenaires, amateurs, professionnelles. Paris, 1901.

*Eva Luckes.* — Traduction française. Manuel de la garde-malade. Paris, 1904.

*Martin Dupont.* — Des écoles professionnelles d'infirmiers et infirmières. Marseille, 1897.

*Napias.* — Rapport sur le recrutement du personnel secondaire des établissements hospitaliers, 1898.

Hygiène hospitalière et Assistance publique.

*J. Regnault.* — Presse médicale, n° 97, 1903 ; n° 99, 1903.